ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO *(Nombre y Ddirecció postal):*	***SOLAMENTE PARA USO DE LA CORTE***
NO. DE TELÉFONO: DIRECCIÓN ELETRÓNICA *(Opcional):* ABOGADO DE PARTE DE *(Nombre):*	***Sólo para información*** ***No entregue a la corte***
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (CALLE): DIRECCIÓN (POSTAL): CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE DIVISION:	
SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	
DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS Y GASTOS	NÚMERO DE CASO:

1. **Empleo** *(Complete la información abajo sobre su trabajo actual, o si usted está desempleado, su trabajo más reciente.)*

Adjunte una copia de los talones de su sueldo en los últimos dos meses aquí (borre los números de seguro social).

a. Nombre del empleador:
b. Dirección del empleador:
c. Número de teléfono del empleador:
d. Su ocupación:
e. Fecha del comienzo de trabajo:
f. Si está desempleado, fecha que dejó de trabajar:
g. Trabajo horas por semana.
h. Me pagan $ ☐ por mes ☐ por semana ☐ por hora. (cantidad en bruto antes de las deducciones de impuestos).

(Si está desempleado, declare las horas que trabajó y la cantidad de pago de su último empleo. Si tiene más de un empleador, añada una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba la información de arriba para cada empleador. Escriba "Pregunta 1—Otros Empleadores" en la parte de arriba de la hoja.)

2. **Edad y Educación**
   a. Mi edad es *(especifique):*
   b. He terminado la escuela secundaria o el equivalente: ☐ Sí ☐ No Si no, el grado más alto terminado *(especifique):*
   c. El número de años de colegio/universidad terminados *(especifique):* ☐ Certificado/Licencia *(especifique):*
   d. El número de años de la escuela de post-graduado *(especifique):* ☐ Certificado/Licencia *(especifique):*
   e. Tengo lo siguiente: ☐ Licencia profesional/ocupacional *(especifique):*
      ☐ Entrenamiento vocacional *(especifique):*

3. **Información de Impuestos**
   a. ☐ Hice mi última declaración de impuestos en *(especifique año):*
   b. El estado legal que declaro en mis impuestos es: ☐ persona soltera ☐ cabeza de familia
      ☐ casado/a declarándome separado/a de mi esposo/a ☐ casado/a declarando junto a mi esposo/a *(especifique nombre):*
   c. Hago mi declaración de impuestos estatales en ☐ California ☐ Otro *(especifique):*
   d. Reclamo el siguente número de exenciones (incluyendo mi mismo/a) en los impuestos *(especifique):*

4. **Ingreso de la Otra Parte.** Estimo que el ingreso mensual (antes de las deducciones por impuestos) de la otra parte en este caso es: $
   Esta estimación se basa en *(explique):*

(Si usted necesita más espacio para contestar a cualquier pregunta sobre este formulario, adjunte una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba el número de la pregunta antes de su contestación.)

5. Número de páginas adjuntas: _____

Declaro bajo pena del perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que aparece en todas las páginas de este formulario y páginas adjuntas es verdadera y correcta.

Fecha:

(NOMBRE ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE) (FIRMA DEL DECLARANTE)

SOLICITANTE/DEMANDANTE:	NÚMERO DE CASO:
DEMANDADO:	
OTRO PADRE:	

Adjunte copias de talones mostrando su sueldo en los últimos dos meses junto con prueba de cualquier otro ingreso. Lleve una copia de su última declaración de impuestos federales a la audiencia de corte *(borre de sus talones y su declaración de impuestos su número de seguro social.)*

5. **Ingreso** *(enumere todas los tipos de ingresos que usted recibió durante los 12 meses pasados. Para calcular el promedio mensual, divida el total anual por 12)*

		Mes pasado	Promedio mensual
a.	Salario o sueldo (sueldo bruto total, antes de deducciones de impuestos).	$ _____	_____
b.	Sobresueldos/Pago de horas extras (bruto total, antes de rebajo de impuestos)	$ _____	_____
c.	Comisiones o bonos.	$ _____	_____
d.	Asistencia pública (por ejemplo: TANF, SSI, GA/GR) ☐ recibiendo actualmente	$ _____	_____
e.	Manutención de cónyuge ☐ de este matrimonio ☐ de otro matrimonio	$ _____	_____
f.	Manutención de pareja de hecho ☐ de esta pareja de hecho ☐ de otra pareja de hecho .	$ _____	_____
g.	Fondos de Pensión/Jubilación.	$ _____	_____
h.	Pagos de jubilación por medio del seguro social (no SSI)	$ _____	_____
i.	Incapacidad: ☐ seguro social (no SSI) ☐ incapacidad del Estado (SDI) ☐ privado	$ _____	_____
j.	Beneficios de desempleo	$ _____	_____
k.	Compensación de trabajadores.	$ _____	_____
l.	Otro (pagos por medio del servicio militar por el alojamiento (BAQ), regalías, etc.)*(especifique):*	$ _____	_____

6. **Ingreso de Inversiones** *(Prepare y adjunte una lista que muestra la cantidad bruta recibida menos gastos en efectivo por cada propiedad.)*

a.	Dividendos/Intereses.	$ _____	_____
b.	Renta de propiedades alquiladas	$ _____	_____
c.	Ingreso de fideicomiso.	$ _____	_____
d.	Otro *(especifique):*	$ _____	_____

7. **Mis ingresos de trabajar por cuenta propia después de deducir los gastos de negocio:**. . . . . $ _____ _____

Soy el ☐ dueño/propietario único ☐ socio ☐ otro (*especifique):*

Número de años en este negocio *(especifique):*

Tipo de negocio *(especifique):*

Nombre de negocio *(especifique):*

Adjunte una declaración de beneficio y de pérdida para los dos años pasados o la declaración "C" de su declaración de impuestos federales. Si tiene más de un negocio, proporcione la misma información para todos sus negocios.

8. ☐ **Ingreso Adicional.** He recibido dinero de una vez (ganancias de lotería, herencia, etc.) en los últimos 12 meses *(especifique el origen y la cantidad):*

9. ☐ **Cambio de Ingreso.** Han ocurido cambios significativos en mi situación financiera debido a *(especifique):*

10. **Deducciones**

		Mes pasado
a.	Cuotas sindicales obligatorias	$ _____
b.	Contribuciones obligatorias al fondo de pensiones y jubilación (no incluya seguro social, FICA, 401K, IRA).	$ _____
c.	Contribuciones para seguro médico, dental, hospital, y cualquier otra de salud (cantidad total mensual)	$ _____
d.	Manutención de niños que yo pago por niños de otra relación.	$ _____
e.	Manutención de cónyuge pagado por órden de la corte por otro matrimonio.	$ _____
f.	Manutención de pareja de hecho pagada por órden de la corte por otra relacion de pareja de hecho	$ _____
g.	Gastos necesarios relacionados al trabajo no reembolsados por mi empleador (*adjunte explicación titulada Pregunta 10f)*	$ _____

11. **Bienes/Recursos**

		Total
a.	Dinero en efectivo y cuentas de cheques, ahorros y otras cuentas de deposito	$ _____
b.	Acciones, bonos, y otros bienes que se puede vender fácilmente	$ _____
c.	Cualquier otra propiedad ☐ bienes ☐ personal *(Estime el valor comercial justo menos los préstamos y deudas que usted debe)*	$ _____

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	NÚMERO DE CASO:

12. **Las personas siguientes viven conmigo:**

Nombre	Edad	Cómo está relacionado/a con Usted?	Ingreso mensual (En bruto)	Paga algunos gastos del hogar?
a.				☐ Sí ☐ No
b.				☐ Sí ☐ No
c.				☐ Sí ☐ No
d.				☐ Sí ☐ No
e.				☐ Sí ☐ No

13. **Promedio de gastos mensuales** ☐ Estimación de gastos ☐ Gastos actuales ☐ Gastos propuestos

a. Mi casa:

(1) ☐ Renta o ☐ hipoteca. . . $ _____

Si hipoteca:

(a) Promedio de principal: $ _____

(b) Promedio de interés: $ _____

(2) Impuestos de propiedad . . . . . $ _____

(3) Seguro de casa o apartamento (si no incluído arriba) . . . . . $ _____

(4) Mantención y reparación . . . . . $ _____

b. Gastos médicos no pagados por seguro médico. . . . . $ _____

c. Cuidado de niño(s). . . . . $ _____

d. Comida en casa y provisiones . . . . . $ _____

e. Comida fuera de casa. . . . . $ _____

f. Gas, luz, agua, basura . . . . . $ _____

g. Teléfono/celular/correo electrónico . . . . . $ _____

h. Lavandería y tintorería . . . . . $ _____

i. Ropa . . . . . $ _____

j. Educación . . . . . $ _____

k. Entretenimiento, regalos, y vacaciones. . . . . $ _____

l. Gastos de auto y transporte (seguro, gas, reparaciones, autobús, etc.) . . $ _____

m. Seguranza (vida, accidente etc.; No incluya seguro de auto, casa, o médico.) $ _____

n. Ahorros e inversiones . . . . . $ _____

o. Contribuciones caritativas. . . . . $ _____

p. Pagos a plazos *(detalle abajo en 14 y inserte el total aquí).* . $ _____

q. Otro *(especifique):* . . . . . $ _____

r. **GASTOS TOTALES** (a–q) *(No incluya cantidades en a(1)(a) and (b))* $ _____

s. **Cantidad de estos gastos pagados por otras personas** . . . . . $ _____

14. **Pagos a plazos y deudas no incluídos arriba**

Pagado a	Para	Cantidad mensual	Balanza de pagos	Fecha del último pago
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	

15. Este formulario ☐ contiene ☐ no contiene información sobre donde están situados, o la identificación de, los activos y deudas enumerados arriba.

NOTA: Si el formulario contiene tal información, usted puede solicitar que la corte selle este documento por completar y entregar a la corte una *Solicitud sólo de un lado y Orden para sellar formularios financieros* (formulario FL-316).

16. **Honorarios por servicios de abogado** *(Se requiere esta información si cualquiera de las partes piden el pago de honorario de abogado):* $

a. Hasta hoy día le he pagado a mi abogado por honorarios y costos: $

b. La fuente de este dinero fue *(especifique):*

c. Hasta hoy día debo lo siguente de honorarios y costos aparte de la cantidad ya pagada:

d. Por cada hora mi abogado me cobra $

Yo confirmo esta información y el acuerdo sobre honorarios

Fecha:

▶ _____

(NOMBRE DEL/A ABOGADO/A ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE) (FIRMA DE ABOGADO/A)

SOLICITANTE/DEMANDANTE:	NÚMERO DE CASO:
DEMANDADO:	
OTRO PADRE:	

INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑO(S)
(Complete esta página solamente si su caso implica manutención de niño(s).)

17. **Número de niños**
    a. Tengo *(especifique número):* niño(s) menores de 18 años con el otro padre en este caso.
    b. Los niños pasan % de tiempo conmigo y % de tiempo con el otro padre.
    (Si no está seguro/a del porcentaje, o no hay acuerdo entre padres, describa por favor su horario de las visitas aquí.)

18. **Gastos relacionados con la salud de los niños**
    a. ☐ Tengo ☐ No tengo seguro de salud/médico para los niños disponible por medio del trabajo.
    b. Nombre de la compañía de seguros:
    c. Dirección de la compañía de seguro:

    d. El cobro mensual para el seguro de salud de los niños es o debe de ser *(especifique):* $
    (No incluya la cantidad pagada por su empleador.)

19. **Gastos adicionales para los niños en este caso** Cantidad por mes
    a. Cuidado de niños para poder ir a trabajar u obtener entrenamiento de trabajo . . . $ _____
    b. Gastos médicos de niños no cubiertos por seguro . . . . . $ _____
    c. Gastos de transporte para visitación . . . . . $ _____
    d. Gastos de necesidades educativas o especiales de los niños *(especifique):* . . . . $ _____

20. **Dificultades especiales.** Pido de la corte consideración de circunstancias financieras especiales:
    (Incluya documentación de apoyo para cualquier circunstancia descrita aquí incluyendo órdenes judiciales:):

	Cantidad por mes	Por cuántos meses?
a. Gastos extraordinarios de cuidado de salud no incluído en la pregunta número 19b.	$ _____	_____
b. Pérdidas catastróficas no cubiertas por un seguro (ejemplos: fuego, hurto, otra pérdida no asegurada)	$ _____	_____
c. (1) Gastos mínimos de subsistencia de menores de otros matrimonios o relaciones que viven conmigo	$ _____	_____

    (2) Nombres y edades de estos menores *(especifique):*

    (3) Manutención de niños recibida de otra persona por estos niños. . . . . $ _____

    Los gastos enumerados en a, b y c crean una dificultad financiera extrema porque *(explique):*

21. **Otra información que quisiera que la corte supiera referente a la manutención de niños en mi caso** *(especifique):*